

**Enquête  
Mortalité, Morbidité et  
Utilisation des Services  
EMMUS-IV**

**HAÏTI  
2005-2006**

**Rapport  
Préliminaire**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV) réalisée en Haïti de octobre 2005 à juin 2006 par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), avec la collaboration de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). L'EMMUS-IV a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), les Centres de Contrôle des Maladies des États-Unis (CDC), le Centre de Gestion des Fonds Locaux de la Coopération Canadienne (CGF/ACDI), la Fondation SOGEKANK/Fonds Mondial (FSGB/FM), l'UNICEF et par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH. Elle a bénéficié de l'appui technique et logistique du CDC pour la réalisation des tests du VIH à l'Institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la Reproduction (IMIS/GHESKIO).

Pour tous renseignements concernant l'EMMUS-IV, contacter l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), 41 Rue Borno, Pétienville, Haïti, P.O. Box 15606 (Téléphone (509) 257 31 01, 257 15 08, 510 22 14).

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : [reports@orcmacro.com](mailto:reports@orcmacro.com); Internet : <http://www.measuredhs.com>).

**Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)**



**ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ  
ET UTILISATION DES SERVICES  
EMMUS-IV**

**HAÏTI  
2005-2006**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

**Institut Haïtien de l'Enfance  
Pétion ville, Haïti**

et

**Demographic and Health Surveys  
ORC Macro  
Calverton, Maryland, USA**

**Juillet 2006**



LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE  
LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

**Canada**



# TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS .....	v
I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE .....	1
A. Objectifs de l'enquête .....	1
B. Questionnaires.....	2
C. Echantillonnage .....	3
D. Test du VIH/sida .....	4
E. Formation et collecte des données.....	4
F. Traitement des données .....	5
II- RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES .....	6
A. Couverture de l'échantillon.....	6
B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	7
C. Fécondité .....	9
D. Utilisation de la contraception .....	11
E. Désir d'enfants (supplémentaires).....	14
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement.....	14
G. Vaccination des enfants .....	17
H. Maladies des enfants et traitement .....	19
I. Allaitement et alimentation de complément.....	21
J. Mortalité infantile et juvénile .....	22
K. Connaissance du VIH/Sida .....	24
L. Utilisation du condom .....	25
M. Résultats des tests de dépistage du VIH .....	28
N. Enfants orphelins et vulnérables .....	31
RÉFÉRENCES .....	33



## AVANT-PROPOS

L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) de 2005-2006 est la quatrième du genre réalisée au cours de ces vingt dernières années. Commanditée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), elle a été réalisée par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) avec l'assistance technique de ORC Macro International, société américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS), et avec la collaboration de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) et de l'Institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la Reproduction (IMIS/GHESKIO). Elle a été exécutée grâce à l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), des Centres de Contrôle des Maladies des États-Unis (CDC), du Centre de Gestion des Fonds Locaux de la Coopération Canadienne (CGF/ACDI), de la Fondation SOGEKANK/Fonds Mondial (FSGB/FM), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'étude. Il fournit des informations relatives :

- aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive, en particulier :
  - la fécondité ;
  - la planification familiale ;
  - le suivi prénatal ;
  - l'accouchement ;
- à la santé infantile, en particulier :
  - les vaccinations ;
  - la diarrhée ;
  - l'allaitement ;
- à la mortalité infanto-juvénile ;
- au comportement vis-à-vis des IST et du VIH/Sida ;
- au test du VIH dans la population générale.

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final, prévu pour février 2007. Ces résultats, étant préliminaires, peuvent être sujets à de légères modifications.

L'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) tient à remercier le Ministère de la Santé Publique et de la Population, particulièrement les Ministres, Docteur Josette Bijou et Docteur Jean Robert August, et le Directeur Général, Docteur Michael Léandre, pour lui avoir confié l'exécution de cette étude et pour avoir entrepris les démarches nécessaires à son financement.

L'IHE remercie tous ceux qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête, spécialement :

- Chris Barratt, Mme Modiji Khadijat, Docteur Dieudonné Jean-Baptiste, Mme Dorothy Vincent et Anick Charles de l'USAID ;
- M. Adriano Gonzales Regueral, M. Christian Skoog, Mme Silvana Nzirozera, Docteur Jean-Claude Mubalama, Mme Gatjens Jean-Louis de l'UNICEF ;

- M. Jean-Claude Marchand, Docteur Mario Voltaire, Mme Claire Lebrun, Docteur Henri Delatour du CGF/ACDI ;
- Docteur Paul Adrien, M. Gabriel Bidegain, M. Jacques Hendry Rousseau, M. Jean Alphonse du UNFPA ;
- Docteur Émile Hérald Charles de FSGB/FM ;
- Docteur William Pape, Mme Audrey Henry de l'IMIS/GHESKIO ;
- M. Evens Joseph, M. Daniel Milbin et M. Jean-Claude Darang de l'IHSI ;
- Docteur Antoine Alcéus, Docteur Gardner Michaud du MSPP ;
- M. Paul Auxila, Mme Laurence Pierre, M. Eddy St. Pierre de MSH.

Les remerciements s'adressent également au personnel de l'enquête, aux différents employés de l'IHE et de ORC Macro, aux Directions Sanitaires Départementales, à la Police Nationale d'Haïti (PNH) et aux membres des Collectivités Territoriales.

L'IHE tient à remercier la population qui a accepté de participer à l'enquête.

**Michel Cayemittes**  
**Directeur Général de l'IHE**

# I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

## A. Objectifs de l'enquête

L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EMMUS-IV vise à identifier et/ou à estimer :

### **Pour l'ensemble de la population :**

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux de disponibilité et d'utilisation des services de santé ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

### **Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :**

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- la prévalence de l'anémie des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- le niveau de prévalence du VIH ;
- le niveau de violence domestique.

### **Pour les hommes de 15-59 ans :**

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;

- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.
- la prévalence de l'anémie au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de prévalence du VIH ;
- la participation des hommes dans les soins de santé.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population haïtienne. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

## B. Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge et niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et nutritionnelles dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés et leur sang est testé pour déterminer la prévalence de l'anémie. Enfin, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.
- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les douze sections suivantes :
  - caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
  - reproduction ;
  - planification familiale ;
  - suivi pré/postnatal, allaitement, vaccination et santé des enfants ;
  - mariage et activité sexuelle ;
  - préférences en matière de fécondité ;
  - caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme ;
  - VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
  - mortalité maternelle ;
  - statut de la femme ;
  - relation dans le ménage (ou violence domestique).
- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les cinq sections suivantes :
  - caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
  - reproduction ;
  - mariage et activité sexuelle ;
  - VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles.
  - autres problèmes de santé reproductive.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte d'Haïti et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, les questionnaires individuels (femme et homme) ont été traduits en Créole, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs.

### **C. Échantillonnage**

L'échantillon de l'EMMUS-IV est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Vingt et une strates ont été définies : les 10 départements décomposés en urbain-rural et la zone métropolitaine de Port-au-Prince.

Au premier degré, 339 grappes ont été tirées à partir de la liste des sections d'énumération (SE) de l'Échantillon Maître d'Enquêtes Multiples (EMEM) établie par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique à partir du Recensement Général de la Population et du Logement (RGPL) de 2000. Les 339 grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'une énumération exhaustive des ménages.

Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir des listes établies lors de l'opération de dénombrement. Les mesures du poids et de la taille ont été prises pour toutes les femmes de 15-49 ans et pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans dans la moitié de l'échantillon des ménages. Dans le même sous-échantillon, d'un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans ont été testés pour estimer la prévalence de l'anémie et la prévalence du VIH. Tous les enfants de moins de cinq ans du même sous-échantillon ont été testés pour la mesure de la prévalence de l'anémie.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées individuellement. Cependant, les sections du questionnaire portant sur le VIH/sida et le statut de la femme n'ont été posées qu'aux femmes de 15-49 ans identifiées dans un ménage sur deux. De plus, parmi les femmes identifiées dans un ménage sur deux, une seule a été sélectionnée par ménage pour la section concernant les relations dans le ménage ou violence domestique.

Enfin, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'étude retenus sont : les 10 départements (Nord, Nord-Est, Nord-Ouest, Centre, Artibonite, Sud, Sud-Est, Grande-Anse, Ouest sans l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince et Nippes) et l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe. Au total, 10 310 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage.

## **D. Test du VIH/sida**

Dans la moitié des ménages sélectionnés, les hommes de 15-59 ans et les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du test du VIH/SIDA. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro à Calverton et par le « Comité de Bio-Éthique et de Protection des Personnes », le comité national d'éthique d'Haïti.

Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Comité National d'Éthique de Haïti a approuvé le protocole anonyme-lié spécifique de l'EMMUS-IV et la version finale du Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'était pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Pour les personnes éligibles, qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte leur était remise pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV). Au verso de cette carte était indiquée la liste de l'ensemble des CDV opérationnels sur l'ensemble du territoire national.

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, deux membres de l'équipe de terrain, dont une infirmière, étaient chargés des prélèvements sur les personnes éligibles du ménage. En plus de la formation pour la collecte des gouttes de sang, les agents avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, l'agent cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. À ce moment, la carte était remise à la personne éligible pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV.

Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, l'agent, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le Questionnaire sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement à l'IHE, puis au laboratoire des Centres GHESKIO à Port-au-Prince.

## **E. Formation et collecte des données**

Le personnel de terrain, sélectionné par la direction de IHE, a été formé sur une période de quatre semaines. L'enquête débuta tout de suite après cette formation avec 10 équipes. Les équipes standards, au nombre de 10, étaient composées de deux enquêtrices, une infirmière,

un enquêteur, une contrôleuse, un chef d'équipe et un chauffeur. Deux autres équipes, spécialement sélectionnées et formées pour mener l'enquête à Cité Soleil, comportaient deux enquêtrices, une infirmière et deux enquêteurs chargés de conduire l'enquête homme.

La formation pour le test d'anémie et du VIH a duré 15 jours pendant lesquels le spécialiste de ORC Macro a présenté et expliqué aux infirmières les techniques de prélèvement des gouttes de sang, de son analyse à l'aide de « l'HemoCue » pour le test d'anémie et de son expédition au laboratoire des centres GHESKIO pour le test du VIH.

La collecte des données s'est étalée d'octobre 2005 à juin 2006, avec trois périodes d'arrêt de 30 jours au total dues à des problèmes logistiques. En outre, en mai 2005, les questionnaires avaient été testés au cours d'une enquête pilote. Ce test avait permis de réviser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête et avait permis de finaliser la traduction des questionnaires en Créole.

## **F. Traitement des données**

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé par le programme DHS. Un agent de bureau était chargé de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par dix-sept opérateurs, de novembre 2005 à juin 2006, assistés de deux contrôleurs sous la supervision d'un gestionnaire de base des données et d'un assistant. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique de l'IHE avec l'assistance d'un informaticien et d'un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

## II - RÉSULTATS: ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

### A. Couverture de l'échantillon

Les 339 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EMMUS-IV. Au total, 10 310 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 10 038 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 10 038 ménages, 9 998 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,6 % (tableau 1).

Enquête	Résidence				Ensemble
	Aire Métropolitaine	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	
<b>Tableau 1. Taille et couverture de l'échantillon</b>					
Effectifs de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EMMUS-IV, Haïti 2005-06					
<b>Enquête ménage</b>					
Nombre de logements sélectionnés	1 382	2 798	4 180	6 130	10 310
Nombre de ménages identifiés	1 341	2 739	4 080	5 958	10 038
Nombre de ménages enquêtés	1 327	2 731	4 058	5 940	9 998
Taux de réponse des ménages	99,0	99,7	99,5	99,7	99,6
<b>Enquête individuelle femme</b>					
Nombre de femmes éligibles	1 847	3 416	5 263	5 629	10 892
Nombre de femmes enquêtées	1 810	3 386	5 196	5 561	10 757
Taux de réponse des femmes	98,0	99,1	98,7	98,8	98,8
<b>Enquête ménage pour l'enquête homme</b>					
Nombre de logements sélectionnés	692	1 391	2 083	3 056	5 139
Nombre de ménages identifiés	667	1 362	2 029	2 948	4 977
Nombre de ménages enquêtés	658	1 357	2 015	2 940	4 955
Taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme	98,7	99,6	99,3	99,7	99,6
<b>Enquête individuelle homme</b>					
Nombre d'hommes éligibles	683	1 466	2 149	2 945	5 094
Nombre d'hommes enquêtés	645	1 430	2 075	2 883	4 958
Taux de réponse des hommes	94,4	97,5	96,6	97,9	97,3

À l'intérieur des 9 998 ménages enquêtés, 10 892 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 10 757 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 98,8 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : au total 5 094 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 5 094 hommes devant être interviewés individuellement, 4 958 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,3 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponses sont très satisfaisants puisqu'ils sont très largement supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage. De ce fait, le nombre de femmes enquêtées (10 757) dépasse nettement la taille de l'échantillon nécessaire pour les besoins de l'enquête (9 500) ; de même, le nombre d'hommes enquêtés (4 958) dépasse nettement le nombre fixé au départ (4 500).

## **B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés**

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EMMUS-IV. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction.

Comme attendu, on remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge ; chez les hommes, on observe la même tendance.

Précisons que, dans le cadre de l'EMMUS-IV, ont été considérés en union tous/toutes les enquêté(e)s ayant déclaré avoir un partenaire régulier, quel que soit l'état matrimonial déclaré ; de même, quel que soit l'état matrimonial déclaré, tous/toutes les enquêté(e)s ayant déclaré ne pas avoir et ne pas avoir eu de partenaire ont été considérés comme célibataires. Cette définition, qui ne correspond pas strictement à la notion culturelle de l'union en Haïti, est beaucoup plus opérationnelle du point de vue de l'exposition au risque de grossesse. Selon cette définition, près d'un tiers des femmes (32 %) ont été considérées comme célibataires, 59 % sont en union et 9 % en rupture d'union (veuvage et séparation). Chez les hommes, comme on pouvait s'y attendre du fait d'une entrée en union plus tardive par rapport aux femmes, la proportion des unions est nettement plus faible que chez les femmes (47 % contre 59 %).

Parmi les femmes enquêtées, 26 % résident dans l'Aire Métropolitaine, 21 % dans les Autres villes et 54 % en milieu rural. Les hommes sont légèrement moins représentés que les femmes dans le milieu urbain et, en particulier, dans l'Aire Métropolitaine (21 % des hommes contre 26 % des femmes), ce qui pourrait, peut-être, s'expliquer par une migration rural-urbain plus importante chez les femmes et par une émigration internationale des hommes de la capitale plus importante que celle des femmes.

Du point de vue régional, on peut noter que l'Ouest<sup>1</sup> y compris la ville de Port-au-Prince, et l'Artibonite (respectivement, 43 % et 15 %) sont les principaux lieux où résident les femmes. À l'opposé, les départements de Nippes, du Nord-Est et de Grande-Anse sont ceux comptant les proportions les plus faibles de femmes (respectivement 2,2 %, 3,2 % et 3,3 %). Du point de vue régional, la population masculine est répartie de la même façon que celle des femmes.

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, qu'une femme sur cinq (20 %) n'a jamais fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation contre 16 % des hommes. Par contre, 38 % des femmes et 41 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

---

<sup>1</sup> L'Ouest comprend l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince.

En ce qui concerne les femmes du sous-échantillon sélectionné pour le test d'anémie et du VIH, et pour l'enquête sur le statut de la femme, elles présentent les mêmes caractéristiques que l'ensemble des femmes, tant au niveau de l'âge, que de l'état matrimonial, du milieu de résidence, du département et du niveau d'instruction.

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Âge</b>						
15-19	25,1	2 701	2 741	24,4	1 211	1 239
20-24	18,6	2 004	1 992	18,0	893	849
25-29	16,4	1 761	1 718	12,0	597	595
30-34	11,6	1 246	1 229	10,5	521	504
35-39	10,8	1 166	1 153	9,0	448	451
40-44	8,7	941	961	7,8	386	377
45-49	8,7	939	963	7,7	382	371
50-54	na	na	na	5,9	294	321
55-59	na	na	na	4,6	226	251
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	32,1	3 454	3 399	47,1	2 337	2 297
Marié(e)	18,4	1 978	2 032	18,0	893	928
Placé(e)	25,9	2 783	2 796	23,1	1 144	1 156
Vivavèk	8,0	857	866	4,2	210	181
Vivant ensemble	6,5	704	682	2,0	100	98
Divorcé(e)	0,1	6	8	0,3	15	12
Séparé(e)	6,8	734	758	4,4	218	247
Veuf(ve)	2,2	240	216	0,8	40	39
<b>Milieu de résidence</b>						
Aire Métropolitaine	25,8	2 773	1 810	21,4	1 059	645
Autres Villes	20,7	2 232	3 386	19,0	940	1 430
Ensemble urbain	46,5	5 005	5 196	40,3	1 999	2 075
Rural	53,5	5 752	5 561	59,7	2 959	2 883
<b>Département</b>						
Aire Métropolitaine	25,8	2 773	1 810	21,4	1 059	645
Ouest	42,6	4 581	2 824	38,4	1 903	1 110
Sud-Est	4,5	487	783	5,4	269	414
Nord	9,6	1 036	1 033	8,8	439	425
Nord-Est	3,2	339	918	3,3	162	426
Artibonite	15,4	1 654	939	17,3	856	465
Centre	7,5	811	866	7,6	375	404
Sud	6,2	669	861	7,0	346	445
Grande-Anse	3,3	355	794	4,3	214	474
Nord-Ouest	5,5	593	1 012	5,4	268	425
Nippes	2,2	232	727	2,6	127	370
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	20,2	2 169	2 254	16,0	793	884
Alphabétisation	3,0	321	339	1,7	86	78
Primaire	39,3	4 232	4 372	40,9	2 027	2 100
Secondaire	34,3	3 691	3 520	36,9	1 830	1 703
Supérieur	3,2	343	272	4,5	222	193
<b>Religion</b>						
Catholique	47,3	5 092	5 362	47,1	2 338	2 531
Protestant/Méthod./Adventiste....	45,6	4 910	4 853	39,1	1 937	1 870
Vaudouisant	0,6	69	48	2,5	126	90
Sans religion	6,3	675	483	11,1	552	462
Autre/ND	0,1	12	11	0,1	5	5
Ensemble	100,0	10 757	10 757	100,0	4 958	4 958

na = Non applicable  
ND= Non déterminé

## C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Par ailleurs, les indicateurs sont calculés sur la période de cinq ans précédant l'enquête soit, approximativement, la période 2001-02 à 2005-06. Cette période de cinq années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes haïtiennes se caractérisent par une fécondité assez élevée aux jeunes âges (69 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 30-34 ans (180 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 4,0 enfants par femme.

Groupes d'âges	Résidence				Ensemble	EMMUS-III 2000
	Aire Métropolitaine	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural		
15-19	46	59	51	86	69	80
20-24	92	139	112	207	158	187
25-29	101	158	124	227	176	204
30-34	129	151	139	214	180	219
35-39	74	102	88	162	133	153
40-44	35	51	42	78	65	75
45-49	8	9	8	18	15	18
ISF 15-49 ans (pour 1 femme)	2,4	3,3	2,8	5,0	4,0	4,7
TGFG (pour 1 000)	80	110	93	160	128	152
TBN (pour 1 000)	24,4	28,0	26,2	30,1	28,7	32,6

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EMMUS-IV sont légèrement inférieurs à ceux estimés lors de l'EMMUS-III<sup>2</sup> de 2000 (tableau 3). À tous les âges de reproduction, la fécondité à l'EMMUS-III est supérieure à celle de l'EMMUS-IV. Globalement, l'ISF, estimé à 4,7 enfants par femme pour la période 1996-2000 par l'EMMUS-III, est plus élevé que l'ISF estimé à 4,0 enfants par femme pour la période 2001-02 - 2005-06 par l'EMMUS-IV. Un changement important dans la structure de la population entre les deux périodes, en particulier celle des femmes, pourrait expliquer en partie cette baisse de la fécondité. Cependant, une première

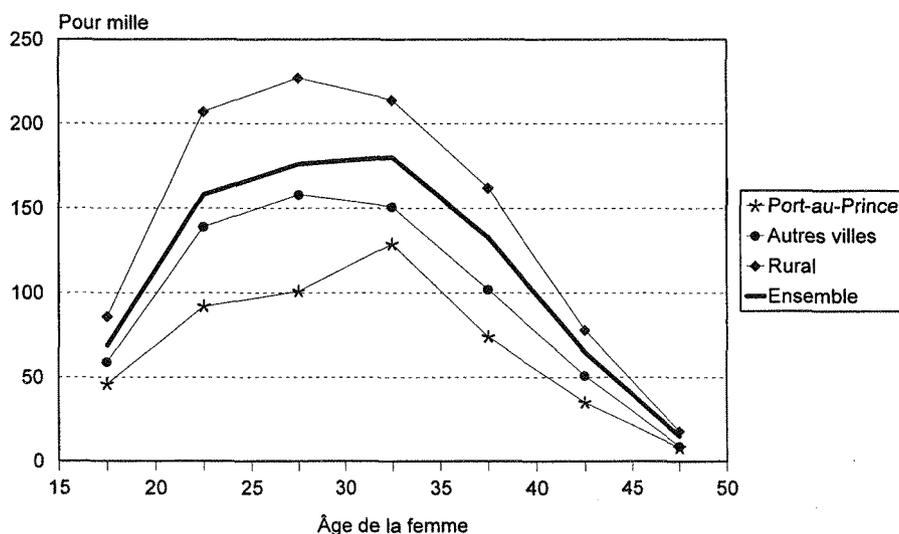
<sup>2</sup> L'enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-III), réalisée en 2000 par l'IHE avec l'assistance technique de ORC Macro International, est une enquête nationale par sondage qui a fourni des données sur les niveaux de la fécondité, de la mortalité des enfants, de la contraception et sur les indicateurs de la santé (Cayemittes et al., 2001).

analyse des tendances passées de la fécondité à partir des résultats de l'EMMUS-IV semblerait indiquer que le niveau de fécondité pourrait être légèrement sous-estimé pour la période 2001-02 à 2005-06.

Une analyse plus approfondie des autres résultats comparatifs des deux enquêtes, en particulier ceux relatifs à l'âge d'entrée en union et aux rapports sexuels, mais aussi ceux relatifs à l'apport migratoire récent en direction des centres urbains, spécialement l'Aire Métropolitaine, est nécessaire pour conclure avec plus de certitude sur les tendances récentes de la fécondité en Haïti.

Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain et, surtout, celles de l'Aire Métropolitaine ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale s'établit à 30-34 ans dans l'Aire Métropolitaine, alors qu'elle est plus précoce dans les Autres Villes et en milieu rural (25-29 ans). La fécondité maximale varie de 227 ‰ en milieu rural à 158 ‰ dans les Autres villes. L'ISF qui en résulte, passe, respectivement, de 5,0 enfants par femme en zone rurale à 3,3 dans les Autres villes et à 2,4 dans l'Aire Métropolitaine. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des centres urbains ; en particulier, leur fécondité est 52 % plus élevée que celle des femmes de l'Aire Métropolitaine. Le milieu rural continue donc d'avoir une fécondité très élevée, alors que l'Aire Métropolitaine se caractérise par un vieillissement de l'âge à la fécondité maximale.

Graphique 1  
Taux de fécondité générale par âge  
selon le milieu de résidence



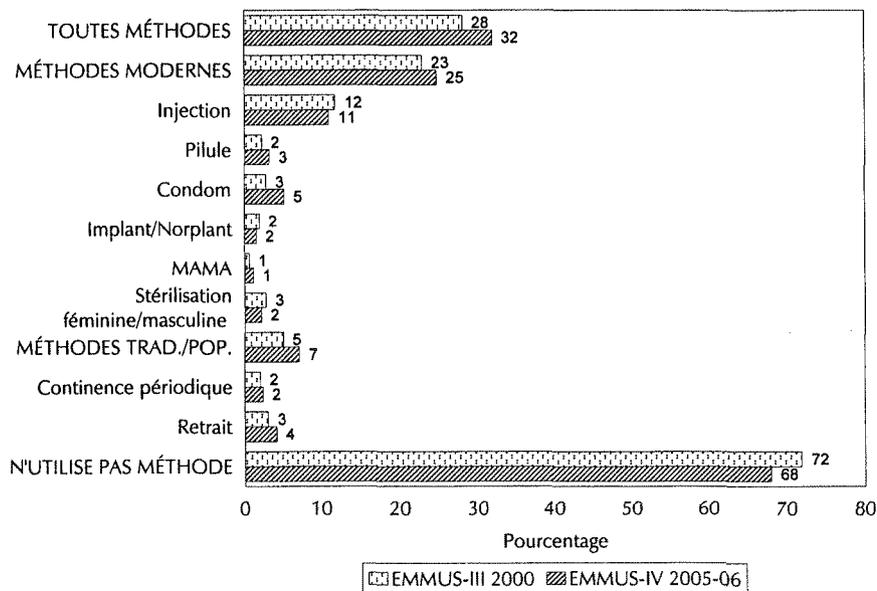
EMMUS-IV 2005-06

## D. Utilisation de la contraception

Un peu moins d'une femme en union sur trois (32 %) a déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive : 25 % utilisent une méthode moderne et 7 % une méthode traditionnelle (tableau 4). La prévalence contraceptive a légèrement augmenté ces dernières années en Haïti, puisque 22 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2000 (EMMUS-III), contre 25 % en 2005-06.

Les méthodes modernes les plus utilisées actuellement par les femmes en union sont, par ordre d'importance, les injections (11 %), le condom (5 %), la pilule (3 %), la stérilisation féminine (2 %) et les implants/Norplant (2 %) (graphique 2). Parmi les méthodes traditionnelles, utilisées par 7 % des femmes en union, le retrait est la méthode la plus fréquemment utilisée (4 %). Il faut noter que l'essentiel de l'augmentation de la prévalence contraceptive entre 2000 et 2005-06 est due à l'augmentation de l'utilisation de la pilule qui est passée de 2,3 % pour les femmes en union à l'EMMUS-III à 3,3 % en 2005-06.

Graphique 2  
Prévalence contraceptive par méthode  
(Femmes de 15-49 ans en union)



La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant de 20 % à 15-19 ans à 30 % à 25-29 ans et 30-34 ans (tableau 4). C'est chez les jeunes femmes de 15-19 ans, 20-24 ans et 30-34 ans que l'utilisation du condom est la plus élevée (de 7 % à 11 %), alors qu'à l'EMMUS-III, seulement 4 % des 15-19 ans utilisaient le condom. La pilule et les injections sont surtout utilisées par les femmes des groupes d'âges à forte fécondité (4 % et plus pour la pilule à 30-34 ans, et 16 % pour les injections à 25-34 ans). Par contre, plus la femme est âgée, plus la fréquence de la stérilisation augmente, surtout au-delà de 40 ans où elle passe de 2 % à 8 %.

Tableau 4. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode actuellement utilisées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes							N'importe quelle méthode traditionnelle	Méthodes traditionnelle			Total <sup>1</sup>	Effectif	
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Injection	Implant/Norplant	Condom	MAMA	Continence périodique		Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement			
<b>Âge</b>																
15-19	28,5	20,2	0,0	0,0	1,1	6,0	0,0	11,4	1,6	8,3	2,0	6,4	0,0	71,5	100,0	448
20-24	33,1	26,2	0,0	0,0	3,1	12,0	1,9	7,0	2,0	6,8	3,6	2,5	0,8	66,9	100,0	1 076
25-29	34,9	29,2	0,1	0,0	3,6	15,5	0,6	7,9	1,5	5,7	1,8	3,0	0,9	65,1	100,0	1 326
30-34	36,2	29,9	1,0	0,0	4,1	16,4	2,6	4,2	1,6	6,3	2,2	3,4	0,6	63,8	100,0	1 008
35-39	32,2	23,2	2,3	0,3	4,5	9,5	2,5	3,1	0,8	9,1	2,4	6,0	0,7	67,8	100,0	1 001
40-44	30,4	22,1	6,1	0,0	3,9	6,9	1,7	3,3	0,2	8,4	2,6	5,5	0,2	69,6	100,0	732
45-49	23,1	15,8	7,6	0,7	1,2	3,5	1,3	1,1	0,1	7,3	1,9	4,8	0,6	76,9	100,0	732
<b>Milieu de résidence</b>																
Aire Métropolitaine	35,2	27,4	1,6	0,1	3,3	9,1	0,8	11,6	0,6	7,9	3,3	3,7	0,9	64,8	100,0	1 473
Autres Villes	36,9	29,5	2,6	0,1	3,5	14,9	1,3	6,3	0,8	7,3	3,5	3,4	0,4	63,1	100,0	1 194
Ensemble urbain	36,0	28,3	2,1	0,1	3,4	11,7	1,0	9,2	0,7	7,6	3,4	3,5	0,7	64,0	100,0	2 667
Rural	29,2	22,3	2,2	0,2	3,3	10,5	2,0	2,5	1,6	6,9	1,6	4,7	0,6	70,8	100,0	3 656
<b>Département</b>																
Aire Métropolitaine	35,2	27,4	1,6	0,1	3,3	9,1	0,8	11,6	0,6	7,9	3,3	3,7	0,9	64,8	100,0	1 473
Ouest	33,6	25,3	2,0	0,0	3,6	9,9	1,0	8,0	0,7	8,3	2,8	4,6	1,0	66,4	100,0	2 516
Sud-Est	24,0	12,9	0,6	0,0	2,5	6,3	0,6	2,3	0,2	11,1	4,6	5,4	1,1	76,0	100,0	297
Nord	28,7	23,1	3,6	0,0	2,3	11,1	2,6	2,7	0,8	5,6	2,3	3,0	0,4	71,3	100,0	603
Nord-Est	34,0	27,0	4,7	0,5	3,8	12,5	0,2	4,3	0,9	7,0	3,7	2,8	0,4	66,0	100,0	208
Artibonite	35,0	29,5	1,6	0,3	4,6	15,5	2,4	3,9	1,3	5,6	1,3	4,3	0,0	65,0	100,0	1 066
Centre	26,8	20,1	1,6	0,0	1,9	6,3	2,3	3,5	4,4	6,7	0,5	5,4	0,7	73,2	100,0	526
Sud	34,9	26,7	2,2	0,5	4,1	10,0	3,4	5,3	1,2	8,3	3,7	4,4	0,1	65,1	100,0	393
Grande-Anse	32,4	28,6	2,3	0,0	1,0	16,6	2,9	3,4	2,2	3,8	1,9	1,5	0,4	67,6	100,0	209
Nord-Ouest	27,9	21,2	2,7	0,3	2,9	12,5	0,0	1,9	1,0	6,6	2,0	3,9	0,7	72,1	100,0	355
Nippes	30,9	27,2	2,2	0,0	2,6	13,9	1,9	5,6	1,1	3,7	2,0	0,9	0,8	69,1	100,0	152
<b>Niveau d'instruction</b>																
Aucun	24,7	19,0	2,7	0,0	2,6	9,7	2,5	0,6	0,8	5,7	1,1	4,1	0,6	75,3	100,0	1 769
Primaire/ alphabét.	30,9	24,0	2,0	0,2	3,1	11,9	1,7	3,4	1,6	6,9	1,7	4,6	0,6	69,1	100,0	2 647
Secondaire +	40,4	31,4	1,8	0,1	4,3	11,0	0,7	12,5	1,0	9,0	4,5	3,8	0,7	59,6	100,0	1 907
<b>No. d'enfants vivants</b>																
0	25,3	17,2	0,2	0,1	0,9	0,7	0,1	15,2	0,0	8,2	4,6	3,4	0,1	74,7	100,0	923
1-2	32,7	26,7	0,4	0,2	3,7	13,8	1,3	5,5	1,7	6,0	2,2	3,1	0,8	67,3	100,0	2 447
3-4	35,5	28,4	4,0	0,1	4,5	13,7	2,3	2,6	1,2	7,1	1,9	4,4	0,8	64,5	100,0	1 470
5+	31,7	23,0	4,4	0,1	3,0	10,2	2,4	1,7	1,1	8,6	1,8	6,3	0,5	68,3	100,0	1 483
Ensemble	32,0	24,8	2,1	0,1	3,3	11,0	1,6	5,3	1,2	7,2	2,4	4,2	0,6	68,0	100,0	6 323

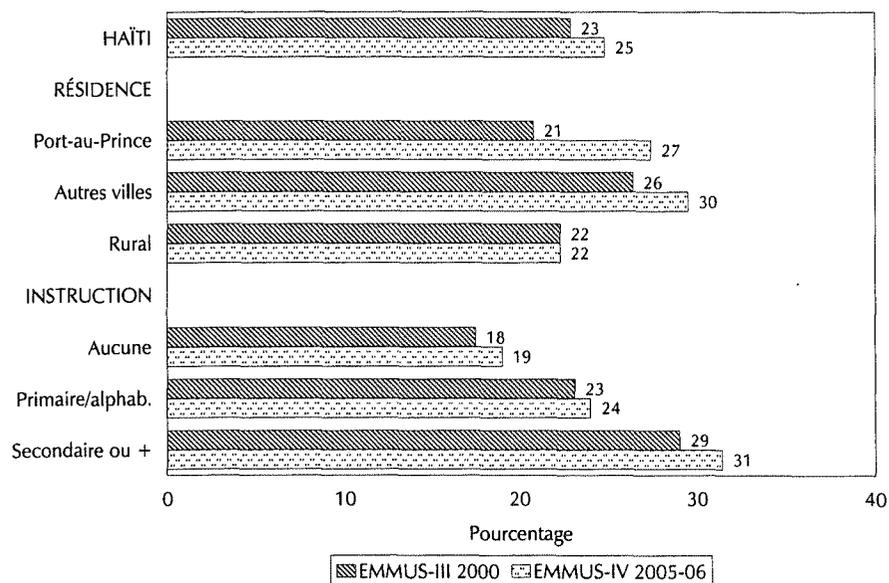
Note: Si plus qu'une méthode est utilisée, seule la méthode la plus effective est considérée. MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

<sup>1</sup> Y compris 1 cas de DIU, 2 cas de condom féminin et 1 cas de diaphragme.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes varie selon le milieu de résidence : 27 % dans l'Aire métropolitaine, 22 % en rural et 30 % dans les Autres villes (graphique 3). Il faut souligner que depuis l'EMMUS-II de 1994-95, la prévalence contraceptive moderne a fortement augmenté en milieu rural, passant de 10 % à 22 % et, dans une moindre mesure dans les Autres villes (de 20 % à 30 %) et dans l'Aire métropolitaine (27 % contre 19 % en 1994-95). Le condom et les injections sont les méthodes les plus utilisées dans tous les milieux de résidence. Cependant, le condom est prédominant en milieu urbain alors que les injections le sont davantage en zone rural. Le taux d'utilisation de la stérilisation féminine est identique en milieu urbain et rural (autour de 2 %).

La prévalence de la contraception varie fortement selon le département, de 13 % dans le Sud-Est à 30 % dans l'Artibonite. Les injections constituent la méthode la plus utilisée quel que soit le département considéré.

Graphique 3  
Utilisation actuelle de la contraception moderne  
(Femmes de 15-49 ans en union)



La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (31 %) que chez celles qui n'ont aucune instruction (19 %). Cependant, c'est dans cette catégorie de femmes qu'elle a le plus augmenté depuis l'EMMUS-II de 1994-95, passant de 8 % à 19 %. Entre l'EMMUS-III et l'EMMUS-IV, le changement est minime, de 18 % à 19 %.

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception, le taux d'utilisation des méthodes modernes passant de 17 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 28 % pour celles ayant trois enfants. Le condom est surtout utilisé par les femmes n'ayant aucun enfant (15 %), alors que les injections, suivi de la stérilisation féminine et de la pilule sont prédominantes chez celles qui ont des enfants (tableau 4).

## E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 52 % (y compris 2 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 30 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 14 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une légère diminution, passant de 57 % en 2000 à 52 % en 2005-2006, alors que la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance a augmenté, passant de 23 % à 30 %.

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants <sup>1</sup>							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
<b>Veut un autre</b>								
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	45,5	18,7	11,3	7,1	4,1	3,0	2,1	13,6
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	47,9	67,1	32,2	16,2	10,4	4,6	2,9	30,4
Veut un autre, NSP quand	1,6	1,7	0,9	1,3	0,5	0,0	0,5	1,0
<b>Indécise</b>	0,0	0,3	0,7	0,7	0,4	0,5	0,7	0,5
<b>Ne veut plus d'enfants</b>	0,4	10,1	52,0	67,7	78,2	83,4	85,6	49,4
<b>Stérilisé(e)</b>	0,3	0,4	0,8	4,4	3,3	4,9	4,0	2,3
<b>S'est déclarée stérile</b>	3,8	1,8	1,9	2,6	2,6	3,4	4,3	2,8
Total <sup>4</sup>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	762	1 385	1 118	893	638	557	970	6 323

## F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour chaque enfant dernier né dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse. Pour 85 % des naissances, la mère s'est rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé, soit un médecin, une infirmière, une auxiliaire, un agent de santé, une sage-femme ou une matrone avec boîte (tableau 6). Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment un professionnel de santé (90 % contre 82 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatals a le plus augmenté depuis l'EMMUS-III (82 % contre 73 % en 2000) (graphique 4). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 96 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 85 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 73 % des mères sans instruction.

Tableau 6. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

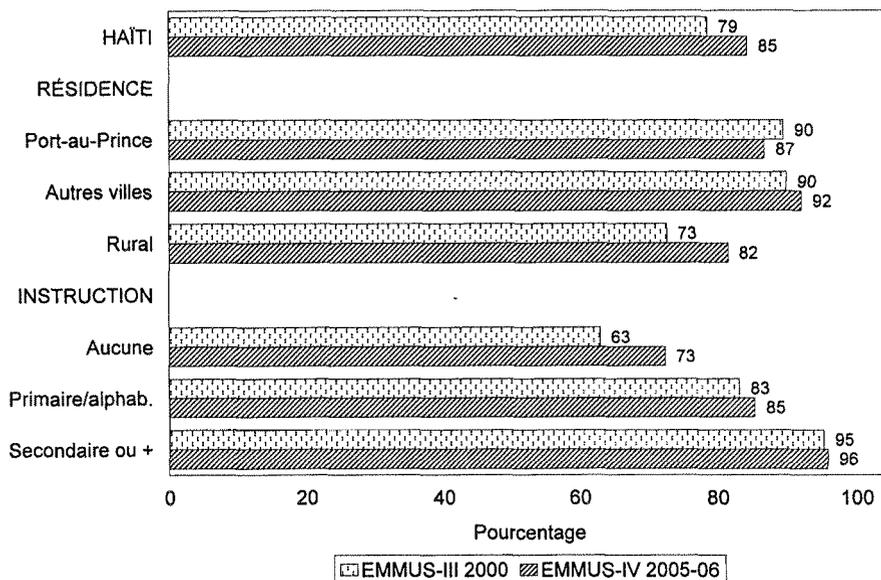
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a reçu des soins prénatals, a reçu au moins une injection antitétanique, a reçu du sirop de fer au cours de la grossesse et pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a bénéficié d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Soins prénatals				Assistance à l'accouchement		
	A reçu des soins prénatals par du personnel formé	A reçu au moins une injection antitétanique	A reçu du sirop de fer au cours de la grossesse	Effectif de femmes	A été assistée à l'accouchement <sup>1</sup>	A accouché dans un établissement de santé	Effectif de naissances
<b>Âge de la mère à la naissance</b>							
<15	85,6	74,2	58,0	593	60,7	27,5	833
15-19	86,1	75,0	66,5	1 006	61,3	26,4	1 487
20-24	86,5	74,0	68,4	887	62,9	26,2	1 267
25-29	85,5	74,9	66,7	773	61,6	25,3	1 116
30-34	81,0	74,4	65,3	531	52,8	17,9	694
35 ou +	74,8	72,4	53,7	284	50,3	15,6	330
<b>Rang de naissance</b>							
1	91,9	77,5	70,3	1 121	72,9	42,4	1 551
2-3	85,2	74,1	66,9	1 291	58,3	24,8	1 850
4-5	84,2	75,2	64,0	758	56,3	16,8	1 099
6 ou +	74,7	70,2	55,1	903	49,4	9,1	1 228
<b>Milieu de résidence</b>							
Aire Métropolitaine	86,9	70,6	68,5	737	71,8	48,1	938
Autres Villes	92,2	82,7	79,4	771	76,6	40,4	1 012
Ensemble urbain	89,6	76,7	74,1	1 508	74,3	44,1	1 949
Rural	81,6	73,0	59,2	2 566	52,6	14,6	3 778
<b>Département</b>							
Aire Métropolitaine	86,9	70,6	68,5	737	71,8	48,1	938
Ouest	84,4	70,1	66,0	1 425	65,2	35,9	1 920
Sud-Est	74,2	69,4	49,3	213	39,9	10,9	327
Nord	84,5	79,4	66,6	399	66,3	22,3	541
Nord-Est	87,5	82,3	71,2	142	71,2	28,3	202
Artibonite	86,7	74,4	68,7	720	59,6	20,7	993
Centre	82,4	80,1	53,0	400	47,0	13,0	636
Sud	83,8	77,7	60,3	245	61,1	23,4	349
Grand-Anse	81,2	74,5	65,4	164	59,3	14,1	229
Nord-Ouest	94,3	78,0	75,9	267	61,3	23,6	387
Nippes	78,6	72,9	59,1	99	51,0	11,6	143
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	72,5	66,9	50,3	1 139	44,2	7,8	1 736
Primaire/alphabétisation	85,4	75,1	64,0	1 863	58,9	18,7	2 626
Secondaire ou +	95,8	81,0	81,1	1 072	82,0	57,6	1 365
Ensemble	84,5	74,4	64,7	4 074	60,0	24,7	5 727

<sup>1</sup> Accouchées par un agent de santé incluant Médecin, infirmière, auxiliaire, agent santé et matrone avec boîte.

Pour chaque enfant dernier né dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse afin d'éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Pour plus des trois quarts des naissances de derniers nés survenues au cours des cinq dernières années (74 %), la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse. Par ailleurs, dans 65 % des cas, elle a reçu du sirop de fer au cours de la grossesse (tableau 6).

**Graphique 4**  
**Proportion de naissances dont la mère a bénéficié**  
**de soins prénatals\***



\* Soins prénatals auprès de médecin/infirmière/sage-femme/matronne avec boîte

La couverture vaccinale antitétanique ne varie pas selon l'âge. Par contre, comme pour les soins prénatals, le tableau 6 fait ressortir que la proportion de mères ayant reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique est légèrement plus élevée en milieu urbain (77 %) qu'en milieu rural (73 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (75 %) ou secondaire (81 %) ont plus fréquemment reçu le vaccin antitétanique que celles sans instruction (67 %).

Pour chaque naissance survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères où elles avaient accouché et qui les avait assistées au cours de l'accouchement. Pour près des deux tiers des naissances (60 %), la mère a reçu l'assistance de personnel formé au cours de l'accouchement (tableau 6). Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel formé (74 %) que les femmes du milieu rural (53 %). De même, les femmes les plus instruits accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel formé (82 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (59 %) et surtout que celles qui sont sans instruction (44 %). Cependant, comme pour

les soins prénatals, il faut noter que c'est en milieu rural que le recours à du personnel formé lors de l'accouchement a le plus augmenté depuis l'EMMUS-III, passant de 50 % en 2000 à 53 % en 2005-06).

Un quart des naissances (25 %) ont eu lieu dans un établissement de santé (tableau 6). Les variations selon le milieu de résidence sont très importantes puisque seulement 15 % des naissances du milieu rural ont eu lieu en milieu sanitaire, contre 48 % de celles de l'Aire Métropolitaine. De même, seulement 8 % des naissances de mère sans instruction ont eu lieu en établissement sanitaire, contre 58 % de celles dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire.

## **G. Vaccination des enfants**

Depuis des années, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a mis en place un Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Selon ce PEV, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTPer, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. Les enfants doivent avoir reçu tous ces vaccins lorsqu'ils atteignent un an. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance.

Lors de l'EMMUS-IV, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux façons différentes : soit elles étaient copiées à partir des cartes de vaccination des enfants (ce qui permet d'établir avec plus de justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations) soit, lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte, elles étaient enregistrées à partir des réponses données par la mère. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient tous avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour 73 % des enfants de 12 à 23 mois une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore insuffisante en Haïti, puisque, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 41 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (tableau 7 et graphique 5). Les autres enfants (48 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère chaque vaccin spécifique, 75 % des enfants ont reçu le BCG, 58 % ont été vaccinés contre la rougeole, 53 % des enfants ont reçu les trois doses de DTPer et 52 % pour les trois doses de la polio. On constate, par ailleurs, une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTPer et de la polio. En effet, dans le cas du DTPer, par exemple, si 83 % des enfants ont reçu la première dose, ils ne sont que 53 % à être complètement protégés en ayant reçu les trois doses de ce vaccin.

Par rapport à l'EMMUS-III, la couverture vaccinale s'est légèrement améliorée au niveau national, passant de 34 % à 41 % pour tous les vaccins ; les seuls vaccins ayant connu une augmentation significative sont ceux contre la rougeole (58 % contre 54 %) et la polio à la naissance (27 % contre 18 %).

Tableau 7. Vaccination

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon une carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant une carte de vaccination vue, selon des caractéristiques sociodémographiques, HAÏTI 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec une carte de vaccination	BCG	DTPer			Polio			Rougeole	Toutes les vaccinations du PEV <sup>2</sup>	Aucune vaccination du PEV	Effectif d'enfants	
			1	2	3	0 <sup>1</sup>	1	2					3
<b>Sexe</b>													
Masculin	74,9	75,6	82,0	64,4	52,0	28,2	85,5	64,9	50,2	54,3	39,6	10,4	570
Féminin	70,8	74,3	84,1	69,6	54,0	26,5	85,5	69,3	52,8	61,1	43,1	10,9	565
<b>Rang de naissance</b>													
1	75,6	82,3	86,8	71,7	57,7	30,6	90,1	70,1	56,5	62,5	46,1	8,4	304
2-3	72,3	72,6	81,4	67,9	54,7	28,0	82,8	68,5	52,5	55,1	41,7	11,4	386
4-5	75,3	74,1	85,7	67,6	51,6	29,2	87,3	70,9	49,9	60,2	38,3	7,5	217
6 ou +	67,6	70,0	78,4	58,8	45,2	20,1	82,2	57,1	44,7	53,2	37,3	15,3	229
<b>Milieu de résidence</b>													
Aire Métropolitaine	74,7	74,1	82,8	69,9	60,2	23,8	87,8	70,6	56,8	59,8	40,8	9,6	171
Autres Villes	78,4	86,8	91,2	74,8	60,3	40,3	91,8	73,6	57,8	63,7	47,8	3,4	209
Ensemble urbain	76,7	81,1	87,4	72,6	60,3	32,9	90,0	72,3	57,3	61,9	44,6	6,2	380
Rural	70,9	71,9	80,8	64,2	49,3	24,6	83,2	64,5	48,6	55,5	39,7	12,9	756
<b>Département</b>													
Aire Métropolitaine	74,7	74,1	82,8	69,9	60,2	23,8	87,8	70,6	56,8	59,8	40,8	9,6	171
Ouest	69,7	72,1	79,7	61,6	48,0	26,4	84,5	60,8	45,2	51,6	35,9	11,9	358
Sud-Est	54,2	55,1	68,7	54,6	38,7	16,5	69,6	57,0	38,6	45,0	29,9	27,0	67
Nord	74,4	84,0	89,7	70,8	56,9	32,7	90,2	69,3	52,9	63,8	49,2	7,2	114
Nord-Est	80,1	92,2	93,4	89,8	76,9	23,7	95,7	90,7	72,9	78,0	63,6	2,1	43
Artibonite	78,8	76,5	85,1	66,9	52,5	32,2	85,4	69,6	52,6	62,8	39,5	8,2	217
Centre	74,8	81,0	84,2	79,2	66,2	31,1	89,9	76,1	64,6	66,4	55,4	8,5	132
Sud	72,5	79,4	87,8	75,5	62,5	24,8	88,3	66,8	59,1	60,2	45,1	6,3	57
Grande-Anse	71,4	73,6	84,6	70,1	58,7	16,0	85,9	65,6	57,1	59,9	49,7	13,2	47
Nord-Ouest	79,3	68,7	86,1	60,2	38,6	28,4	84,4	70,3	44,0	49,7	28,6	9,7	74
Nippes	71,5	65,0	75,7	54,8	49,2	15,7	77,3	58,3	49,4	41,6	31,7	18,7	28
<b>Niveau d'instruction</b>													
Aucun	65,6	68,1	77,3	59,7	46,8	19,3	77,5	59,7	45,8	50,9	35,0	17,7	342
Primaire/	71,8	73,5	82,2	64,0	49,1	27,4	86,5	66,4	48,6	56,7	39,4	10,2	506
Secondaire ou +	83,3	85,6	91,4	81,0	67,1	36,9	93,2	77,1	63,3	67,5	52,2	3,0	287
Ensemble	72,8	74,9	83,0	67,0	53,0	27,3	85,5	67,1	51,5	57,7	41,3	10,6	1 135

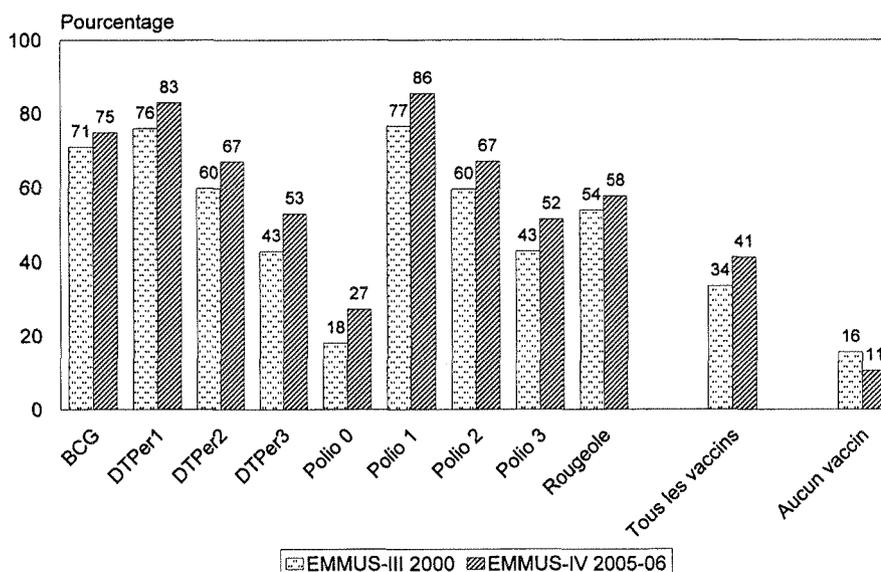
<sup>1</sup> Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.

<sup>2</sup> BCG, rougeole et les trois doses de chaque vaccination du DTCoq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donnée à la naissance)  
PEV : Programme Élargie de Vaccination (excluant polio 0)

La couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence : ce sont les enfants des Autres villes qui ont reçu le plus fréquemment tous les vaccins (48 %), suivis de ceux de l'Aire métropolitaine (41 %) et de ceux du milieu rural (40 %). Il faut noter qu'entre 2000 (EMMUS-III) et 2005-2006, la couverture vaccinale s'est nettement améliorée dans l'Aire métropolitaine (41 % contre 31 % en 2000) et en milieu rural (40 % contre 34 % en 2000) et qu'elle est restée quasiment inchangée dans les Autres villes.

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de mère ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (52 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire (39 %), et surtout que ceux dont la mère n'a aucune instruction (35 %).

**Graphique 5**  
**Couverture vaccinale par type de vaccin**  
**(enfants de 12-23 mois)**



## H. Maladies des enfants et traitement

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peut en résulter constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir des informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait souffert de toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'une infection respiratoire aiguë - IRA), s'il avait eu de la fièvre et si l'enfant avait eu la diarrhée.

### ***Fièvre et Infections Respiratoires Aiguës (IRA)***

Dans l'ensemble, 40 % d'enfants ont présenté les symptômes d'IRA ou ont eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête (tableau 8). Pour seulement 20 % d'enfants qui ont souffert d'IRA et/ou de fièvre, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé. Des conseils ou traitement ont été recherché le plus fréquemment pour les enfants du milieu urbain (26 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (28 %). À l'opposé, un traitement ou des conseils n'ont été recherché que pour 18 % des enfants du milieu rural et 15 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction.

Tableau 8. Infections respiratoires aiguës (IRA), fièvre et diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, d'après les déclarations de la mère, ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et, parmi ceux qui ont eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre, pourcentage de ceux ayant reçu un traitement dans un établissement de santé ; pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée dans les deux dernières semaines et, parmi ceux ayant eu la diarrhée, pourcentage de ceux ayant reçu un traitement dans un établissement de santé, pourcentage de ceux ayant reçu des sels de réhydratation orale (SRO), pourcentage de ceux ayant reçu une solution faite à la maison et pourcentage de ceux ayant bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre, pourcentage ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>			Parmi les enfants ayant eu la diarrhée :				Effectif d'enfants
	Pourcentage d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre	Pourcentage d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre, pourcentage ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>	Pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée	Pourcentage ayant reçu un traitement dans un établissement de santé <sup>1</sup>	Pourcentage ayant reçu des sels de réhydratation orale (SRO)	Pourcentage ayant reçu une solution faite à la maison	Pourcentage ayant reçu une thérapie de réhydratation orale (TRO) <sup>2</sup>	
<b>Âge de l'enfant</b>								
<6 mois	33,1	22,1	22,2	21,5	20,7	6,0	39,0	570
6-11 mois	48,8	27,1	40,9	21,4	45,0	6,1	61,9	575
12-23 mois	47,5	19,4	37,7	20,9	46,0	8,8	64,4	1 135
24-35 mois	42,2	20,8	22,6	24,5	44,9	5,5	56,6	1 042
36-47 mois	36,6	16,0	12,4	10,5	37,1	11,1	56,4	1 040
48-59 mois	31,8	19,9	11,4	16,7	24,7	6,2	39,5	960
<b>Sexe</b>								
Masculin	39,4	22,3	24,4	21,8	40,8	6,5	56,0	2 610
Féminin	40,8	18,6	23,1	18,7	39,8	8,3	57,9	2 712
<b>Milieu de résidence</b>								
Aire Métropolitaine	30,3	25,9	16,7	18,4	52,8	9,3	71,5	901
Autres Villes	40,6	26,6	27,3	23,1	49,5	8,1	64,8	944
Ensemble urbain	35,6	26,3	22,1	21,4	50,7	8,6	67,3	1 844
Rural	42,5	17,8	24,6	19,8	35,3	6,8	52,0	3 478
<b>Département</b>								
Aire Métropolitaine	30,3	25,9	16,7	18,4	52,8	9,3	71,5	901
Ouest	35,7	18,2	17,7	18,7	45,6	5,0	61,5	1 778
Sud-Est	35,3	12,3	16,4	12,2	19,9	4,7	37,7	306
Nord	41,0	19,5	29,0	12,7	29,0	4,3	53,2	516
Nord-Est	28,8	15,7	17,7	21,9	28,7	5,0	45,4	184
Artibonite	51,6	29,6	35,6	27,9	48,3	12,6	62,3	921
Centre	47,5	19,3	33,3	19,4	36,3	9,1	51,2	582
Sud	26,4	7,8	13,0	6,0	26,0	3,8	68,3	326
Grande-Anse	27,8	17,6	14,0	15,0	35,1	2,7	50,3	213
Nord-Ouest	51,6	22,4	27,3	26,4	48,0	5,8	57,7	364
Nippes	31,5	8,0	16,6	14,8	20,2	0,0	32,5	133
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	39,5	14,9	25,6	16,1	30,5	5,7	46,5	1 590
Primaire/ alphabét.	40,9	19,9	24,9	20,0	41,8	8,9	59,1	2 440
Secondaire +	39,3	28,2	19,1	28,0	52,8	6,6	68,8	1 292
<b>Ensemble</b>	<b>40,1</b>	<b>20,4</b>	<b>23,7</b>	<b>20,3</b>	<b>40,3</b>	<b>7,4</b>	<b>56,9</b>	<b>5 322</b>

<sup>1</sup> Non compris les pharmacies, boutiques, marchand ambulants, parents/amis et les praticiens traditionnels privés.

<sup>2</sup> Y compris SRO, fluide recommandé maison ou augmentation des fluides.

### Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation chez l'enfant, le MSPP a mis en place un programme de Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (ou Sérum oral), ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre.

Le tableau 8 fait apparaître qu'au niveau national, 24 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédant l'enquête.

Parmi ces enfants, 40 % ont reçu un traitement au moyen d'un sachet de Sérum Oral et 7 % ont été traités avec une solution préparée à la maison par les mères. Au niveau national, 57 % des enfants diarrhéiques ont été traités au moyen de l'une et/ou l'autre de ces TRO et/ou ont reçu davantage de fluides pendant la diarrhée. Bien que le recours à la TRO reste encore limité, il est en nette augmentation depuis 2000, date à laquelle il était estimé à 41 %.

Concernant la prévalence de la diarrhée par âge, on peut constater que ce sont les enfants de 6-11 mois qui sont les plus touchés (41 %), suivis par ceux de 12-23 mois (38 %). Selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, on note qu'assez peu de variations dans la prévalence de la diarrhée, mis à part au niveau départemental. Cependant, du fait des variations saisonnières de la prévalence de la diarrhée, les résultats au niveau départemental sont à analyser avec prudence car l'enquête a eu lieu par département et s'est échelonnée d'octobre 2005 à juin 2006.

Dans l'Aire métropolitaine et parmi les femmes les plus instruites, la TRO est utilisée dans presque les trois quarts des cas de diarrhée (respectivement, 72 % et 69 %) alors que la moitié des enfants du milieu rural et de ceux dont la mère est sans instruction ont bénéficié de ce type de thérapie (respectivement, 52 % et 47 %).

## **I. Allaitement et alimentation de complément**

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement et de l'alimentation de complément des enfants de 0 à 35 mois, ainsi que sur l'utilisation du biberon.

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est quasi générale en Haïti comme c'était le cas en 2000, puisque 98 % des enfants de 0-5 mois sont allaités. Cependant, seulement 41 % des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités comme le recommandent l'OMS et le MSPP ; les autres enfants de ce groupe d'âges reçoivent, en plus du sein, de l'eau (9 %), d'autres liquides (3 %) et même, dans 39 % des cas, des aliments solides ou des bouillies. Si l'allaitement exclusif n'est pas généralisé chez les moins de six mois, par contre, les pratiques alimentaires des enfants 6-9 mois sont conformes aux recommandations de l'OMS et du MSPP selon lesquelles, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit pas pour garantir la meilleure croissance des enfants, des aliments solides de complément doivent être introduits dans l'alimentation des enfants : on constate ici que 87 % des enfants sont nourris de cette façon à 6-9 mois.

Par ailleurs, l'utilisation du biberon reste très fréquente en Haïti puisqu'un enfant de 0-5 mois sur cinq (23 %) reçoit des liquides ou aliments quelconques au biberon.

Tableau 9. Allaitement

Répartition (en %) d'enfants derniers-nés au cours des trois dernières années et vivant avec leurs mères, selon qu'ils sont allaités ou non, par type d'alimentation de complément et, parmi les enfants de moins de trois ans vivants, pourcentage de ceux prenant le biberon, selon l'âge en mois, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Âge en mois	Allaités						Total	Effectif d'enfants de moins de trois ans vivant avec la mère	Pourcentage prenant le biberon	Effectif d'enfants de moins de trois ans vivants
	Non allaités	Allaitement seul	Plus de l'eau seulement	Plus liquides/ jus de fruit	Plus autre lait	Plus aliments de compléments				
<2	2,2	59,7	11,6	5,0	8,2	13,3	100,0	162	20,0	163
2-3	1,4	41,0	8,6	2,4	4,3	42,3	100,0	209	24,6	211
4-5	3,1	24,2	7,5	1,7	5,3	58,2	100,0	193	23,5	195
6-7	1,9	4,0	4,7	2,8	2,1	84,5	100,0	185	24,0	188
8-9	2,8	0,0	4,3	1,6	1,0	90,3	100,0	185	21,1	195
10-11	13,5	0,6	1,2	0,7	0,9	83,1	100,0	181	31,1	193
12-15	17,1	0,1	0,9	0,8	0,1	81,0	100,0	393	20,3	416
16-19	38,1	0,2	0,0	0,2	0,0	61,5	100,0	365	13,8	396
20-23	65,1	0,0	0,6	0,0	0,0	34,3	100,0	283	14,3	323
24-27	93,2	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	100,0	280	7,9	359
28-31	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	100,0	233	3,6	348
32-35	99,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	100,0	231	4,9	335
<6	2,2	40,7	9,1	2,9	5,7	39,4	100,0	565	22,9	570
6-9	2,3	2,0	4,5	2,2	1,6	87,4	100,0	370	22,5	383

## J. Mortalité infantile et juvénile

L'estimation du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EMMUS-IV. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on connaît les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 10 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1988-1994 à 2000-2006. Pour la période des cinq dernières années avant EMMUS-IV (période 2000-01-2005-06), le risque de mortalité infantile est évalué à 57 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 31 ‰ (tableau 10). Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 25 ‰ pour la mortalité néonatale et à 32 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 86 ‰. En d'autres termes, en Haïti, environ un enfant sur douze meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EMMUS-III et à l'EMMUS-IV, il semblerait que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse, passant de 42 ‰ en pour la période 1996-2000 à 31 ‰ pour la période 2000-01-2005-06. De même, la mortalité infantile aurait connu également une baisse importante, passant de 80 ‰ à 57 ‰ au cours de la même période.

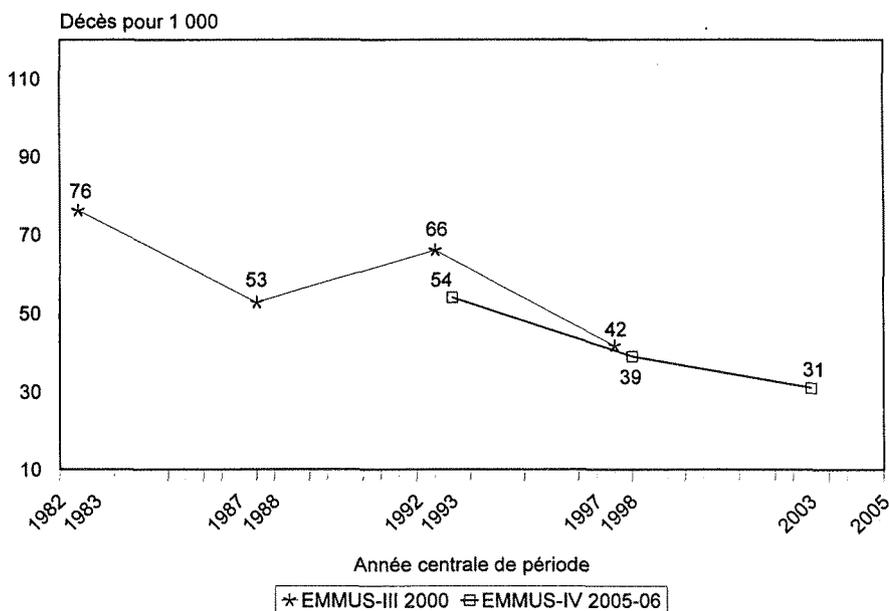
Tableau 10 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité				
	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile ( $_{1}q_0$ )	Mortalité juvénile ( $_{4}q_1$ )	Mortalité infanto-juvénile ( $_{5}q_0$ )
0-4	25	32	57	31	86
5-9	36	47	83	39	118
10-14	33	53	86	54	135

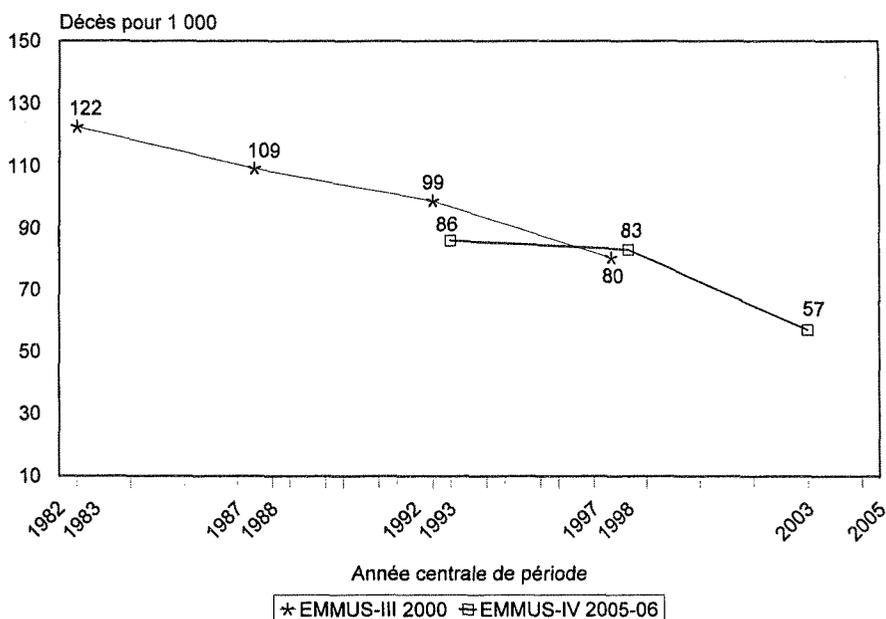
Il est préférable d'analyser ici les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de chacune des enquêtes. Le graphique 6 montre que les niveaux de mortalité juvénile sont cohérents pour toutes les périodes, que ces niveaux soient calculés à partir de l'EMMUS-III ou de l'EMMUS-IV. Ainsi, autour de l'année 1992 (5-9 ans avant l'EMMUS-III et 10-14 ans avant l'EMMUS-IV), la mortalité juvénile se situait aux environs de 54-66 ‰, puis cette mortalité a diminué pour se situer aux environs de 39-42 ‰ autour de 1997 (0-4 ans avant l'EMMUS-III et 5-9 ans avant l'EMMUS-IV).

Graphique 6  
Tendances de la mortalité juvénile (1-4 ans)



En ce qui concerne la mortalité infantile (graphique 7), son niveau estimé pour la période centrée autour de l'année 1997 (0-4 ans avant l'EMMUS-III et 5-9 ans avant l'EMMUS-IV) est cohérent selon les deux enquêtes et se situait aux environs de 80-83 ‰. Selon l'EMMUS-IV, la mortalité infantile aurait alors connu une baisse importante, passant de 99 ‰ pour la période centrée autour de 1992 à 80 ‰ pour la période centrée autour de 1997. Cette baisse importante de la mortalité infantile avait surpris lors de la publication des résultats de l'EMMUS-III puisqu'elle s'était produite au cours d'une période de crise. Néanmoins, l'amélioration de certains indicateurs de santé avait alors été avancé pour expliquer cette baisse. Selon les résultats de l'EMMUS-IV, au cours de la même période, la mortalité infantile serait passée de 86 ‰ pour la période centrée autour de 1993 à 83 ‰ pour la période centrée autour de 1998.

Graphique 7  
Tendances de la mortalité infantile



## K. Connaissance du VIH/sida

La quasi-totalité des enquêtés (99 % des femmes et 100 % des hommes) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Le niveau de connaissance varie très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques (tableau 11).

La majorité des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il existe un moyen d'éviter de contracter le VIH/sida (respectivement 75 % et 85 %). À ce niveau, les différences entre milieux de résidence ne sont pas importantes. Alors que 78 % des femmes et 83 % des hommes de l'Aire métropolitaine pensent qu'il existe, au moins, un moyen pour éviter de contracter le VIH/sida, ces proportions atteignent, respectivement, 72 % et 83 % en milieu rural.

Selon le département, le pourcentage de femmes et d'hommes qui pensent qu'il existe un moyen pour éviter de contracter le VIH/sida varie d'un minimum de 59 % dans le département du Centre à un maximum de 90 % dans celui du Sud pour les femmes, et d'un minimum de 71 % dans le Centre à un maximum de 91 % dans celui de l'Artibonite pour les hommes.

Tableau 11. Connaissance du VIH/Sida et des moyens d'éviter le VIH/Sida

Pourcentage des femmes et d'hommes ayant entendu parlé du VIH/sida et qui pensent qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	A entendu parler du VIH/sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	A entendu parler du VIH/sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
<b>Âge</b>						
15-19	98,6	73,1	2 701	99,1	82,6	1 211
20-24	99,6	77,5	2 004	99,3	86,5	893
25-29	99,6	78,2	1 761	100,0	87,9	597
30-39	99,7	76,2	2 412	99,9	84,6	969
40-49	99,5	71,3	1 879	99,8	85,7	768
50-59	na	na	na	99,8	79,9	520
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	98,6	74,7	3 454	99,3	83,6	2 337
Union avec cohabitation	99,6	74,5	4 762	99,9	84,1	2 038
Union sans cohabitation	99,9	77,1	1 561	100,0	93,0	311
Divorcée/séparée/veuve	99,6	76,9	980	100,0	86,3	273
<b>Milieu de résidence</b>						
Aire Métropolitaine	100,0	78,0	2 773	100,0	83,1	1 059
Autres Villes	99,7	80,7	2 232	99,8	89,9	940
Ensemble urbain	99,9	79,2	5 005	99,9	86,3	1 999
Rural	98,9	71,6	5 752	99,4	83,3	2 959
<b>Département</b>						
Aire Métropolitaine	100,0	78,0	2 773	100,0	83,1	1 059
Ouest	99,9	77,3	4 581	99,7	84,6	1 903
Sud-Est	99,2	74,7	487	97,5	83,5	269
Nord	99,0	73,3	1 036	99,7	80,9	439
Nord-Est	99,6	82,0	339	99,7	87,5	162
Artibonite	98,4	73,1	1 654	100,0	91,1	856
Centre	98,4	59,4	811	98,4	71,0	375
Sud	99,9	90,4	669	100,0	86,7	346
Grande-Anse	99,3	76,6	355	100,0	85,5	214
Nord-Ouest	99,2	66,8	593	99,8	84,9	268
Nippes	99,0	76,4	232	100,0	81,9	127
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	98,9	63,8	2 169	99,5	73,0	793
Primaire/ alphabétisation	99,0	73,0	4 553	99,3	84,8	2 113
Secondaire ou +	100,0	83,6	4 034	99,9	88,7	2 051
<b>Ensemble</b>	<b>99,4</b>	<b>75,1</b>	<b>10 757</b>	<b>99,6</b>	<b>84,5</b>	<b>4 958</b>

na = Non applicable

## L. Utilisation du condom

Bien qu'une forte proportion de femmes et d'hommes aient déclaré qu'il existe un moyen pour éviter le VIH/sida, l'utilisation du condom reste relativement limitée. En effet, parmi les femmes connaissant le VIH/sida et ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seulement 11 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, quel que soit le type de partenaire (tableau 12); cette proportion atteint 23 % chez les hommes (tableau 13).

Tableau 12. Utilisation du condom : femmes

Parmi les femmes qui connaissent le VIH/Sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, pourcentage de celles ayant utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels avec leur conjoint, avec un autre partenaire ou avec n'importe quel type de partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur époux/partenaire cohabitant		Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire non-marital et non-cohabitant		Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec n'importe quel type de partenaire	
	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif
<b>Âge</b>						
15-19	11,6	261	32,2	637	26,3	894
20-24	7,9	806	26,1	654	16,0	1 447
25-29	7,5	1 099	26,0	384	12,1	1 468
30-39	4,5	1 788	18,0	307	6,4	2 077
40-49	2,3	1 329	10,0	145	3,0	1 464
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	*	16	37,6	922	37,6	937
Union avec cohabitation	3,8	4 491	15,0	129	3,9	4 588
Union sans cohabitation	16,7	638	16,3	878	16,5	1 491
Divorcée/séparée/veuve	3,7	138	18,4	198	12,4	334
<b>Milieu de résidence</b>						
Aire Métropolitaine	11,4	1 073	32,5	760	20,1	1 809
Autres Villes	7,1	1 019	32,8	469	15,1	1 477
Ensemble urbain	9,3	2 092	32,6	1 229	17,9	3 286
Rural	2,9	3 191	16,1	898	5,7	4 064
<b>Département</b>						
Aire Métropolitaine	11,4	1 073	32,5	760	20,1	1 809
Ouest	8,3	1 973	28,6	1 152	15,6	3 090
Sud-Est	2,9	269	16,8	67	5,7	336
Nord	2,6	521	26,0	195	8,9	714
Nord-Est	4,1	187	19,7	39	6,9	225
Artibonite	4,6	921	20,5	279	8,4	1 191
Centre	2,9	483	16,6	78	4,8	557
Sud	5,4	334	30,2	102	11,0	433
Grande-Anse	3,3	182	32,8	70	11,5	251
Nord-Ouest	3,0	293	12,9	99	5,5	390
Nippes	4,2	120	22,4	45	9,0	165
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	1,0	1 620	4,8	211	1,5	1 822
Primaire/ alphabét.	3,6	2 220	15,1	792	6,6	2 986
Secondaire ou +	13,2	1 444	37,0	1 125	23,5	2 542
Ensemble	5,4	5 283	25,6	2 127	11,2	7 350

\* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau 13. Utilisation du condom : hommes

Parmi les hommes qui connaissent le VIH/Sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, pourcentage de ceux ayant utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels avec leur conjoint, avec une autre partenaire ou avec n'importe quel type de partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-06

Caractéristique sociodémographique	Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur épouse/ partenaire cohabitant		Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une partenaire non-maritale et non-cohabitante		Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec n'importe quel type de partenaire	
	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois	Effectif
<b>Âge</b>						
15-19	*	9	32,7	556	33,0	561
20-24	20,0	104	52,4	619	47,9	684
25-29	11,9	244	46,2	352	31,8	540
30-39	7,7	685	38,3	382	15,1	906
40-49	4,6	645	23,2	197	6,5	727
50-59	1,1	415	15,1	88	2,1	457
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	*	12	42,2	1 355	42,1	1 362
Union avec cohabitation	5,5	1 942	31,7	423	6,2	2 002
Union sans cohabitation	22,8	128	40,0	220	32,9	302
Divorcé/séparé/veuf	10,1	19	41,1	196	39,1	211
<b>Milieu de résidence</b>						
Aire Métropolitaine	11,3	381	53,9	564	36,7	867
Autres Villes	8,8	361	44,8	488	29,0	749
Ensemble urbain	10,1	743	49,7	1 053	33,1	1 616
Rural	5,0	1 359	30,7	1 141	15,2	2 261
<b>Département</b>						
Aire Métropolitaine	11,3	381	53,9	564	36,7	867
Ouest	11,2	692	50,0	934	32,0	1 480
Sud-Est	4,5	126	36,3	100	17,8	204
Nord	2,2	210	31,2	173	14,9	342
Nord-Est	6,1	78	39,0	65	18,5	127
Artibonite	7,1	389	28,7	382	16,6	680
Centre	2,4	197	35,0	95	12,6	276
Sud	4,1	136	35,1	160	20,3	274
Grande-Anse	4,0	93	33,8	99	18,4	172
Nord-Ouest	4,4	128	28,3	129	16,4	220
Nippes	5,1	52	38,6	57	22,8	102
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	1,5	537	7,4	208	3,1	680
Primaire/ alphabét.	4,7	942	25,5	818	13,2	1 567
Secondaire ou +	14,4	623	55,6	1 168	40,0	1 630
Ensemble	6,8	2 102	39,8	2 194	22,7	3 876

\* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Du point de vue du statut matrimonial, ce sont les célibataires qui ont déclaré le plus fréquemment avoir utilisé le condom (38 % des femmes et 42 % des hommes). De même l'utilisation du condom est beaucoup plus fréquente aux jeunes âges (26 % chez les femmes et 33 % chez les hommes de 15-19 ans, et 48 % chez les hommes de 20-24 ans) qu'aux âges élevés (6 % ou moins chez les femmes à partir de 30 ans et chez les hommes à partir de 40 ans). C'est en milieu urbain que le condom est utilisé le plus fréquemment par les femmes (20 % dans l'Aire métropolitaine et 15 % dans les Autres villes) et par les hommes (37 % dans l'Aire métropolitaine et 29 % dans les Autres villes). Enfin, les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent le condom beaucoup plus fréquemment (24 % pour les femmes et 40 % pour les hommes) que ceux de niveau primaire et surtout que ceux sans instruction (2 % pour les femmes et 3 % pour les hommes).

### **M. Résultats du test de dépistage du VIH**

Comme mentionné dans l'Introduction, l'EMMUS-IV de 2005-2006 a inclus le test du VIH dans l'échantillon des ménages sélectionnés. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme ont été sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Les résultats préliminaires sont présentés ci-dessous.

Une estimation précise de la prévalence de VIH est nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie en Haïti et pour suivre la progression de l'épidémie dans le temps. Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales, ont jusque là été la principale source d'informations sur la prévalence du VIH en Haïti.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'une enquête nationale représentative de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs insuffisances importantes. L'insuffisance majeure est principalement liée au fait que les femmes enceintes ne sont pas représentatives de la population générale en âge reproductif (Slutkin et al., 1988). Le plus évident c'est que les niveaux de la prévalence du VIH varient entre les femmes et les hommes, et les hommes ne sont évidemment pas représentés dans les données provenant des sites sentinelles. Les niveaux de prévalence varient aussi avec l'âge. Les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals peuvent avoir une structure d'âge qui est différente de celle des femmes dans la population générale. Enfin, la couverture géographique pourrait présenter une autre source de biais inhérente aux données des sites de surveillance dans la mesure où les données proviennent d'un nombre limité des sites sentinelles qui se trouvent le plus souvent dans les zones urbaines ou semi-urbaines, là où la prévalence du VIH est peut-être la plus élevée.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les résultats d'une enquête nationale représentative soient exploités pour calibrer les résultats de la surveillance régulière (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2000). Il est donc conseillé que les données de séroprévalence de l'EMMUS-IV soit analysée de très près et qu'elle soit utilisée pour raffiner la série des paramètres qui sont intégrés dans le modèle d'estimation de la prévalence à partir des données des sites sentinelles.

### **Taux de couverture des tests de dépistage du VIH**

Le tableau 14 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. Dans l'ensemble, près de neuf femmes et neuf hommes sur dix (respectivement 98 % et 95 %) ont été testés pour le VIH. Le taux de couverture est donc légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Aussi bien chez les femmes et que chez les hommes, les taux de couverture sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain, cependant le taux minimal de couverture atteint 93 % pour les hommes du milieu urbain.

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
<b>Femmes</b>			
Nombre de femmes éligibles	2 624	2 744	5 368
Nombre de femmes testées	2 545	2 706	5 250
Taux d'acceptation	97,0	98,6	97,8
<b>Hommes</b>			
Nombre d'hommes éligibles	2 149	2 945	5 094
Nombre d'hommes testés	1 996	2 857	4 855
Taux d'acceptation	92,9	97,0	95,3
<b>Ensemble</b>			
Nombre de femmes et d'hommes éligibles	4 773	5 689	10 462
Nombre d'hommes et de femmes testés	4 544	5 564	10 106
Taux d'acceptation	95,2	97,8	96,6

### **Taux de séroprévalence du VIH**

Le tableau 15 fournit les taux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans selon les caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 2,2 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 2,3 %, sont légèrement plus infectées que les hommes (2,0 %). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 1,15 ; ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 115 femmes infectées.

La proportion des personnes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge, avec des fluctuations plus ou moins marquées. Le graphique 8 illustre clairement ces différences : d'abord, on remarque qu'à 15-34 ans les femmes ont un taux d'infection plus élevé que les hommes, et qui croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 30-34 ans, âges auxquels les femmes ont des taux beaucoup plus élevés que les hommes. De plus, la prévalence maximale (4,1 %) est observée à 30-34 ans chez les femmes et plus tard (40-44 ans) pour les hommes (4,4 %).

En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, les résultats de l'enquête montrent des niveaux plus élevés en milieu urbain chez les femmes (2,7 % contre 2,0 % en rural) et en milieu rural pour les hommes (2,1 % contre 1,8 % en urbain). Par ailleurs, la prévalence varie assez fortement par département. Chez les femmes, les niveaux de prévalence les plus élevés s'observent dans le département de Nippes (3,8 %) et du Nord-Est (3,4 %). À l'inverse, on observe les taux les plus faibles au Centre (1,4 %), au Sud-Est (1,7 %) et à la Grande-Anse (1,7 %). Chez les hommes, les niveaux de prévalence les plus élevés sont observés au Nord (3,5 %), suivi de l'Artibonite (2,5 %) et de Nippes (2,1 %). À l'inverse, les taux les plus faibles sont enregistrés au Sud-Est (1,1 %), suivi de la Grande-Anse et du Sud (1,5 % chacun). Enfin, par niveau d'instruction, les taux de séroprévalence les plus élevés sont observés chez les femmes du niveau primaire ou alphabétisé (2,6 %), suivies par celles sans instruction (2,2 %) et chez les hommes sans instruction (3,3 %), suivis par ceux de niveau primaire ou alphabétisés (2,0 %).

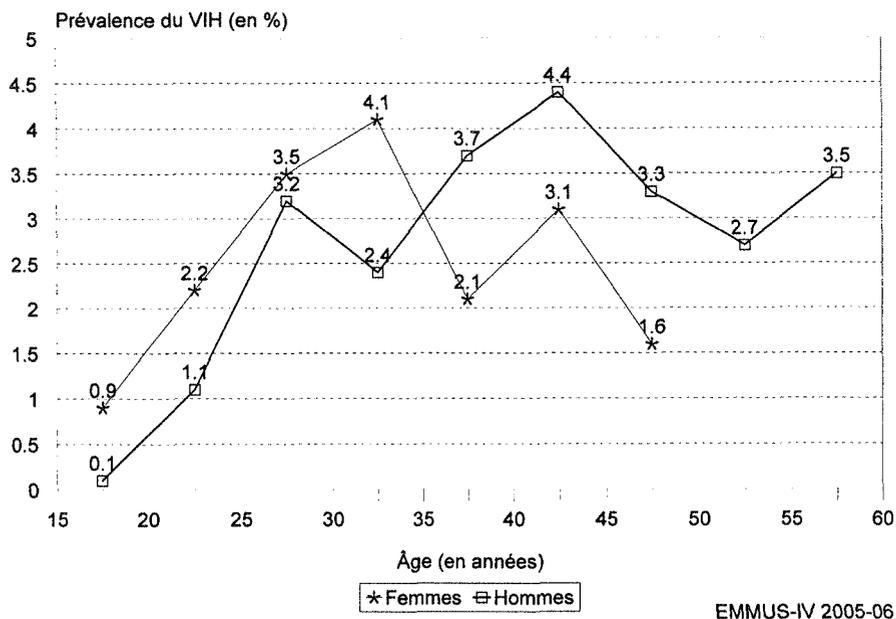
Tableau 15 Prévalence du VIH selon caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-IV Haïti 2005-2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé	Pourcentage VIH+	Effectif pondéré testé
<b>Âge</b>						
15-19	0,9	1 327	0,1	1 199	0,5	2 526
20-24	2,2	1 001	1,1	881	1,7	1 882
25-29	3,5	884	3,2	575	3,4	1 459
30-34	4,1	578	2,4	512	3,3	1 090
25-39	2,1	545	3,7	434	2,8	979
40-44	3,1	448	4,4	369	3,7	817
45-49	1,6	466	3,3	372	2,3	837
50-54	na	na	2,7	293	na	na
55-59	na	na	3,5	221	na	na
<b>Milieu de résidence</b>						
Aire Métropolitaine	2,5	1 426	1,3	998	2,0	2 423
Autres Villes	2,9	1 078	2,5	844	2,7	1 922
Ensemble urbain	2,7	2 503	1,8	1 842	2,3	4 345
Rural	2,0	2 746	2,1	2 499	2,0	5 245
<b>Région</b>						
Ouest	2,5	2 275	1,8	1 739	2,2	4 014
Sud-Est	1,7	234	1,1	221	1,4	455
Nord	2,6	502	3,5	375	3,0	877
Nord-Est	3,4	162	2,0	143	2,7	305
Artibonite	1,8	780	2,5	738	2,1	1 518
Centre	1,4	375	1,8	324	1,6	699
Sud	2,9	329	1,5	292	2,2	621
Grande-Anse	1,7	176	1,5	174	1,6	349
Nord-Ouest	2,3	298	1,7	229	2,0	526
Nippes	3,8	119	2,1	106	3,0	225
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	2,2	1 213	3,3	613	2,6	1 827
Primaire/ alphabét.	2,6	2 026	2,0	1 775	2,3	3 801
Secondaire ou +	2,1	2 010	1,8	1 953	1,8	3 962
Ensemble (15-49 ans)	2,3	5 249	2,0	4 341	2,2	9 591
Ensemble (15-59 ans)	na	na	2,1	4 856	na	na

na = Non applicable

Graphique 8  
Taux de séroprévalence du VIH par sexe et âge



## N. Enfants orphelins et vulnérables

La famille constituant le soutien principal des enfants, toute stratégie visant à protéger les enfants doit donc, en priorité, renforcer les capacités des familles à les prendre en charge. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont orphelins et de savoir si les enfants dont l'un ou les deux parents sont en vie vivent ou non avec leurs parents ou le parent survivant. Le tableau 16 présente ces deux types d'information pour les enfants de moins de 18 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On constate en premier lieu qu'en Haïti, 45 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum de 56 % à 0-1 ans à 46 % à 5-9 ans et à un minimum de 36 % à 15-17 ans. Par ailleurs, 29 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec seulement leur mère, 6 % vivent seulement avec leur père, et 20 % ne vivent avec aucun des deux parents.

Globalement, 11 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère. Du fait de l'accroissement du risque de décéder des parents avec le temps, la proportion d'orphelins de père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 2 % à 0-1 an à 4 % à 2-4 ans et 10 % à 5-9 ans. Ces proportions atteignent ensuite des niveaux relativement élevés chez les enfants de 10-14 ans (16 %) et 15-17 ans (21 %).

Le tableau 16 présente également la proportion d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV). Les enfants considérés comme vulnérables (Unicef, 2005) sont les enfants de moins de 18 ans :

1. orphelins de père et/ou de mère (11 %), et/ou
2. dont le père et/ou la mère a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois (8 %), et/ou

3. qui vivent dans un ménage où au moins un adulte de 18-59 ans a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois (12 %), et/ou
4. qui vivent dans un ménage où au moins un adulte de 18-59 ans est décédé au cours des 12 derniers mois après avoir été gravement malade pendant au moins trois mois (3 %)<sup>1</sup>.

Globalement, 15 % des enfants sont considérés comme vulnérables car appartenant aux catégories 2, 3 et/ou 4. Si l'on prend aussi en compte les orphelins, 26 % des enfants de moins de 18 ans sont considérés comme OEV.

La proportion d'OEV augmente régulièrement avec l'âge, passant de 15 % dès 0-1 an, à 25 % des 5-9 ans et, à 15-17 ans, 36 % des enfants sont des OEV.

---

<sup>1</sup> Les enfants privés de la protection familiale, c'est-à-dire vivant dans une institution ou dans la rue, sont également considérés comme vulnérables. Ces enfants ne sont pas pris en compte ici car, par définition, ils ne peuvent pas être identifiés dans le cadre d'une enquête auprès des ménages.

## RÉFÉRENCES

Cayemittes, Michel, Florence Placide, Bernard Barrère, Soumaila Mariko, Blaise Sévère. 2001. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti 2000*. Calverton, Maryland, USA : Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.

Slutkin, Gary, James Chin, Daniel Tarantola, Jonathon Mann. 1988. *Sentinel surveillance for HIV infection : A method to monitor HIV infection trends in population groups*. Geneva: World Health Organization.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 2004. Responding to surveillance : Methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for "Estimates, Modelling and Projections" held in Glion, May 10-11, 2004.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. 2000. *Second generation surveillance for HIV : The next decade*. WHO/CDC/CSR/EDC2000.5, UNAIDS/00.03E.

World Health Organization and UNAIDS. 2003. *Reconciling antenatal clinic-based surveillance and population-based survey estimates of HIV prevalence in sub-Saharan Africa*. Geneva : WHO.



## MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)
Ethiopie	Août	2000	(anglais)
Haïti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Nigeria	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)
Ghana	Juin	2004	(anglais)
Maroc	Juin	2004	(français)
Bangladesh	Septembre	2004	(anglais)
Cameroun	Octobre	2004	(français)
Madagascar	Octobre	2004	(français)
Afrique du Sud	Décembre	2004	(anglais)
Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Peru (continu)	Avril	2005	(espagnol)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Ouganda (EIS)	Juin	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)
Malawi	Août	2005	(anglais)
Guinée	Août	2005	(français)
Lesotho	Octobre	2005	(anglais)
Egypte	Septembre	2005	(anglais)
Rwanda	Novembre	2005	(français)
Ethiopie	Novembre	2005	(anglais)
Moldavie	Novembre	2005	(anglais/roumain)
Vietnam (EIS)	Février	2006	(anglais/vietnamien)
Arménie	Mars	2006	(anglais)
Congo (Brazzaville)	Mars	2006	(français)
Côte d'Ivoire (EIS)	Juin	2006	(français)
Cambodge	Juillet	2006	(anglais)
Haïti	Juillet	2006	(français)
Zimbabwe	Août	2006	(anglais)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.

